



NOTIFICACIÓN Y PRUEBA DE RECLAMO POR BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD

Lea detenidamente las instrucciones en la página 2 para evitar retrasos en la tramitación. Debe responder todas las preguntas en la Parte A y las preguntas 1 a 3 en la Parte B. Los proveedores de atención médica deben completar la Parte B en la página 2.

PARTE A - INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE (Por favor completar en letra de imprenta o a máquina)

- 1. Apellido: Primer nombre: Inicial del segundo nombre:
2. Dirección postal (Calle y nro. de apartamento): Ciudad: Estado: Código postal:
3. Número de teléfono durante el día: Correo electrónico:
4. N.º del Seguro Social: 5. Fecha de nacimiento: 6. Género:
7. Describa su discapacidad (si es una lesión, también describa, cómo, cuándo y dónde ocurrió):
8. Fecha en que quedó discapacitado: ¿Trabajó ese día?: ¿Se ha recuperado de esta discapacidad?: ¿Ha trabajado desde entonces por salario o beneficios?:
9. Nombre del último empleador antes de la discapacidad. Si tuvo más de un empleador en las ocho (8) semanas anteriores, nombre a todos los empleadores: El Salario Semanal Promedio se basa en todos los salarios ganados en las últimas ocho (8) semanas trabajadas.

Table with 6 columns: Company name, Address, Phone, Start date, End date, and Average Weekly Salary. It is divided into two sections: 'NOMBRE DEL ÚLTIMO EMPLEADOR ANTES DE LA DISCAPACIDAD' and 'OTRO EMPLEADOR (durante las últimas ocho (8) semanas)'.

- 10. Mi empleo es o era: 11. Miembro del sindicato:
12. ¿Reclamaba o recibía beneficios por desempleo antes de esta discapacidad? Si no reclamaba o si reclamó pero no recibe beneficios por seguro de desempleo luego del ÚLTIMO DÍA TRABAJADO, explique las razones en detalle: Si recibió beneficios por desempleo, proporcione todos los períodos cobrados:

- 13. Para el período por discapacidad cubierto por este reclamo:
A. ¿Está recibiendo sueldos, salarios o pago por separación del empleo?
B. Recibe o reclama:
1. ¿Beneficios por desempleo? 2. ¿Permiso Familiar Pagado?
3. ¿Compensación obrera o relacionada con discapacidad en el trabajo?
4. ¿Accidente automotor motor sin atribución de culpa?
5. ¿Beneficios por discapacidad a largo plazo de acuerdo con la Ley Federal del Seguro Social para esta discapacidad?

SI LA RESPUESTA "SÍ" ESTÁ MARCADA EN CUALQUIERA DE LOS PUNTOS DE 13, COMPLETE LO SIGUIENTE:

- He: recibido reclamado de: para el período al:
14. En el año (52 semanas) antes de que comenzara su discapacidad, ¿ha recibido beneficios por discapacidad para otros períodos de discapacidad?
15. En el año (52 semanas) antes de que comenzara su discapacidad, ¿ha recibido Permiso Familiar Pagado?
16. Si quedó discapacitado mientras estaba empleado o dentro de las cuatro semanas de su último día trabajado, ¿le brindó su empleador sus derechos de acuerdo con la Ley de Discapacidad dentro de los 5 días de su notificación o solicitud de formularios por discapacidad?

Por medio del presente reclamo Beneficios por Discapacidad y certifico que por el período cubierto por este reclamo estuve discapacitado. He leído las instrucciones en la página 2 de este formulario y las declaraciones anteriores, incluyendo cualquier declaración adicional son, a mi mejor saber y entender, verdaderas y completas.

En nombre del Demandante Dirección Relación con el Demandante
Una persona puede firmar en nombre del demandante solo si están legalmente autorizadas a hacerlo y el demandante es un menor, una persona mentalmente incompetente o incapacitada. Si firma otra persona que no sea el denunciante, complete la información a continuación y presente el Formulario OC-110A, Autorización del Demandante para Divulgar Registros de Compensación Obrera.

Firma del Demandante Fecha

PARTE B - DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (Por favor en letra de imprenta o a máquina)

LA DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD. EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE BRINDA LA ATENCIÓN DEBERÁ COMPLETAR Y DEVOLVER AL DEMANDANTE DENTRO DE LOS SIETE (7) DÍAS DE RECEPCIÓN DE ESTE FORMULARIO Para el punto 7-d, debe brindar una fecha estimada. Si la discapacidad fue causada o surge de un embarazo, ingrese la fecha estimada de parto en el punto 7-e. **LAS RESPUESTAS INCOMPLETAS PODRÁN DEMORAR EL PAGO DE LOS BENEFICIOS.**

1. Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

2. Género: M F X 3. Fecha de nacimiento: ____/____/____

4. Diagnóstico/Análisis: _____ Código de diagnóstico: _____

a. Síntomas del demandante: _____

b. Hallazgos objetivos: _____

5. ¿El demandante fue hospitalizado? Sí No Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

6. ¿Se indicó operación? Sí No a. Tipo _____ b. Fecha ____/____/____

7. INGRESE LAS FECHAS PARA LO SIGUIENTE	MES	DÍA	AÑO
a. Fecha de su primer tratamiento para esta discapacidad			
a. Fecha de tratamiento más reciente para esta discapacidad			
c. Fecha en la que el Demandante no pudo trabajar debido a esta discapacidad			
d. Fecha en la que el Reclamante podrá trabajar nuevamente (Incluso si existe duda considerable, estimar una fecha. Evitar usar términos tales como desconocido o indeterminado.)			
e. Si está relacionada con el embarazo, por favor marcar la casilla e ingresar la fecha estimada <input type="checkbox"/> de parto O <input type="checkbox"/> la fecha real de parto			

8. En su opinión, ¿es esta discapacidad el resultado de una lesión que surge del y en el curso del empleo o una enfermedad ocupacional? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿Se ha completado el formulario C-4 con la Junta? Sí No

Certifico que soy un:

_____ (Médico, Quiropráctico, Dentista, Podiatra, Psicólogo, Enfermero-Partero)	_____ Licenciado o Certificado en el Estado de	_____ Número de licencia
_____ Nombre en letra de imprenta del Proveedor de Atención Médica	_____ Firma del Proveedor de Atención Médica	_____ Fecha
_____ Dirección del Proveedor de Atención Médica		_____ N.º de teléfono:

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE AL DEMANDANTE - LEER ESTAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN

POR FAVOR TENER EN CUENTA: No fecha y presente este formulario antes de su primera fecha de discapacidad. Para que su reclamo pueda ser procesado, deben estar completas las Partes A y B.

1. Si está usando este formulario porque quedó discapacitado mientras estaba empleado o quedó discapacitado **dentro de las cuatro (4) semanas luego de la finalización de su empleo**, su reclamo completo deberá enviarse por correo dentro de los **treinta (30) días de su primera fecha de discapacidad a su empleador o a la aseguradora de su último empleador**. Podrá encontrar la aseguradora por discapacidad de su empleador en el sitio web de la Junta de Compensación Obrera, www.wcb.ny.gov, usando la búsqueda de cobertura del empleador.

2. Si está usando este formulario debido a que quedó discapacitado **luego de haber estado desempleado durante más de cuatro (4) semanas**, su reclamo completo DEBE ser enviado por correo a: **Junta de Compensación Obrera, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 137619029** Si respondió "sí" a la pregunta 13.B.3, por favor complete y adjunte el formulario DB-450.1.

Si no recibió una respuesta dentro de los 45 días o si tiene preguntas acerca de su reclamo por beneficios por discapacidad, por favor llame a la aseguradora de su empleador. Para información general acerca de beneficios por discapacidad, por favor visite www.wcb.ny.gov o llame a la Oficina de Beneficios por Discapacidad de la Junta al (877) 632-4996.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de Privacidad de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A) y la Ley de Privacidad Federal de 1974 [Título 5 del Código de los Estados Unidos, (United States Code, U.S.C.), sección 552a]. La autoridad de la Junta de Compensación Obrera (Junta) para solicitar que el demandante lesionado proporcione la información personal, incluido su número de seguro social, se deriva de la autoridad investigadora de la Junta de conformidad con la Ley de Compensación Obrera (Worker's Compensation Law, WCL), § 20 y su autoridad administrativa de acuerdo con la WCL, § 142. Esta información es recolectada para ayudar a la junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más conveniente posible y para ayudarla a mantener los registros de reclamos precisos. Proporcionar su número de seguro social a la Junta es voluntario. No hay penalidad por no proporcionar su número de seguro social en este formulario; no traerá como consecuencia una denegación de su reclamo o una reducción en los beneficios. La junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su posesión y la divulgará solo en cumplimiento de sus deberes oficiales de acuerdo con las leyes estatales y federales

NOTIFICACIÓN DE HIPAA (LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA): Para adjudicar un reclamo de compensación obrera o de discapacidad, la WCL-13-a(4)(a) y 325-1.3 del título 12 de NYCRR requieren que los proveedores de atención médica completen de manera regular informes médicos de tratamiento para la Junta y la aseguradora o empleador. Conforme a 164.512 del título 45 de CFR, estos informes médicos legalmente requeridos están exentos de las restricciones de la HIPPA con respecto a la divulgación de información de salud.

Divulgación de información: La Junta no divulgará ninguna información acerca de su caso a ninguna parte no autorizada sin su consentimiento. Si elige que se divulgue dicha información a una parte no autorizada, deberá presentar con la Junta un Formulario OC-110A original firmado "Autorización del Demandante a Divulgar Registros de Compensación Obrera". Este formulario se encuentra disponible en el sitio web de la WCB (www.wcb.ny.gov) y puede accederse haciendo clic en el enlace "Forms" (Formularios). Si no tiene acceso a internet, por favor llame al (877) 632-4996 o visite nuestro Centro de Atención al Cliente más cercano para obtener una copia del formulario. En lugar del Formulario OC-110A, podrá también presentar una carta de autorización firmada y notariada.

Un empleador o aseguradora, o cualquier empleado, agente o persona que A SABIENDAS REALICE UNA DECLARACIÓN O AFIRMACIÓN FALSA como un dato material en el curso de la información, investigación o ajuste de un reclamo por algún beneficio o pago conforme a este capítulo con el fin de evitar la entrega de dicho pago o beneficio SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETA A MULTAS IMPORTANTES Y PRISIÓN.